

■ Artigo original

Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família

*Health care for women over 50: programmatic vulnerability in the Family Health Strategy**Atención a la salud de la mujer después de 50 años: la vulnerabilidad programática de la Estrategia de Salud de la Familia*Kelly Karine Pasqual^aMaria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes^bCristina Maria Garcia de Lima Parada^cDOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.44822>**RESUMO****Objetivo:** Avaliar o processo de atenção prestada a mulheres, a partir dos 50 anos de idade, em Unidade de Saúde da Família, tomando-se como referência o conceito de vulnerabilidade programática.**Método:** Estudo inserido no campo da avaliação de programas de saúde; utilizou-se o referencial proposto por Donabedian, sendo analisados 90.5% dos 790 prontuários de mulheres matriculadas na Unidade.**Resultados:** Observou-se que nenhuma mulher sem patologia diagnosticada realizou consultas e exames preconizados. Do total de hipertensas e diabéticas, 20.7% estavam inscritas no Programa Hipertensão e menos de 1.0% tinha realizado as consultas e exames necessários. Apenas 11.9% das mulheres tinham realizado exame ginecológico, exame clínico das mamas e mamografia, no ano que antecedeu a coleta de dados.**Conclusão:** Conclui-se que as mulheres com mais de 50 anos estão em situação de vulnerabilidade programática, relacionada aos indicadores definidos neste estudo. Logo, conhecer a realidade poderá resultar no atendimento de enfermagem mais adequado para esse grupo.**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Saúde da mulher. Avaliação de programas e projetos de saúde.**ABSTRACT****Objective:** To assess the health care process for women over 50 at a Family Health Unit based on the concept of programmatic vulnerability.**Method:** This study is inserted in the field of health care assessments. The framework proposed by Donabedian was used to analyze 90.5% of the 790 records of women registered at the unit.**Results:** It was observed that none of the women that did not have a diagnosed pathology attended the recommended consultations or underwent the recommended tests. Of the total number of women with hypertension or diabetes, 20.7% were registered in the Hypertension Programme and less than 1.0% had attended the consultations and undergone the necessary tests. Only 11.9% of the women had had a gynaecological examination, a clinical breast examination and a mammography the year before data collection.**Conclusion:** It is concluded that women over 50 are in a situation of programmatic vulnerability in terms of the indicators established in this study. Knowledge of this reality can help nurses provide care that is best suited for this group.**Keywords:** Primary health care. Women's health. Program evaluation.**RESUMEN****Objetivo:** evaluar el proceso de atención a las mujeres a partir de los 50 años de edad en la Unidad de Salud de la Familia, tomando como referencia el concepto de vulnerabilidad del programa.**Método:** Estudio insertado en la evaluación de programas de salud, tuvo Donabedian como referencia, siendo analizados el 90,5% de los 790 registros médicos de mujeres inscritas en la unidad. Fueran creados indicadores de evaluación.**Resultados:** Ninguna mujer sin patología diagnosticada realizó consultas y exámenes recomendados. De todas las hipertensas y diabéticas, 20,7% estaban inscritas en el Programa Hipertensión y menos del 1,0% había realizado consultas y exámenes necesarios. Sólo el 11.9% de las mujeres había realizado el examen ginecológico, examen clínico de los senos y la mamografía en el año anterior a la recolección de datos.**Conclusión:** Concluye que las mujeres mayores de 50 años están en situación de vulnerabilidad programática en relación con los indicadores definidos en este estudio. Por lo tanto, conocer la realidad puede resultar en la atención de enfermería más adecuada para este grupo.**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Salud de la mujer. Evaluación de programas y proyectos de salud.^a Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Mestranda em Biologia e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil.^b Professor Doutor. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, São Paulo, Brasil.^c Professor Adjunto. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher no Brasil, até a década de 1970, voltava-se a uma visão biológica, com claro predomínio de ações voltadas ao período da gravidez, parto e puerpério⁽¹⁾. Em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considera-se que ocorreu ampliação dos critérios de prioridade para além do ciclo gravídico-puerperal, tornando a mulher de todas as faixas etárias sujeito do cuidado.

Como uma evolução do PAISM, o Plano Nacional de Política para as Mulheres, apresentado pelo governo brasileiro em 2013, tem, entre seus objetivos, promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases de seu ciclo de vida, além de ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência integral à saúde da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie⁽²⁾.

Tem-se por pressuposto que, apesar dos esforços, as políticas públicas nacionais mantêm, na área de saúde da mulher, prioritariamente, ações voltadas à fase reprodutiva, constituindo um desafio à ampliação do cuidado, especialmente quando se considera o período do climatério, em que, além das alterações próprias, é comum o aparecimento de doenças crônico-degenerativas.

Inserido na área de saúde a partir da década de 1980, inicialmente nos estudos sobre aids, o conceito de vulnerabilidade tem sido amplamente utilizado. De modo sumário, os estudos sobre vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde, a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas, com base em três dimensões analíticas: individual, incluindo aspectos biológicos, comportamentais e afetivos, que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; social, contemplando características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e programática, que considera o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos, como políticas, programas, serviços e ações, entre outras, interferem em determinada situação⁽³⁾.

Como integrante da equipe de Saúde da Família, o enfermeiro tem, entre suas atribuições, assistir mulheres em todas as fases do ciclo vital. Com a finalidade de subsidiar enfermeiros e demais profissionais que atuam na área de saúde da mulher, propõe-se o presente estudo, que tem por objetivo avaliar o processo de atenção prestado a mulheres a partir dos 50 anos de idade em Unidade de Saúde da Família (USF), tomando-se como referência o conceito de vulnerabilidade programática.

■ MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, inserido no campo da avaliação de serviços, programas ou projetos de saúde.

O referencial teórico de avaliação adotado foi proposto por Donabedian, na década de 1960, e é, ainda hoje, muito empregado, por sua simplicidade e utilidade⁽⁴⁾. Ao considerar o processo, o autor propõe a avaliação das atividades realizadas pelos provedores da assistência, comparando os procedimentos empregados a padrões preconizados. Em síntese, identificam-se os procedimentos necessários, verificando se foram aplicados como deveriam, e os desnecessários, que podem ser limitados ou abandonados, resultando em economia de recursos e aumento da produtividade.

O estudo foi realizado no município de Botucatu, localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo, Brasil, com população estimada, no ano de 2012, de 130.183 habitantes, dos quais aproximadamente 67.000 eram mulheres⁽⁵⁾. A USF eleita como campo de pesquisa está localizada na periferia desse município e foi escolhida pela inserção das autoras.

De um total de 790 mulheres, com idade igual ou superior a 50 anos, cadastradas nessa Unidade em 2011, foram estudadas 715 (90.5%). As perdas se relacionaram à mudança de moradia para outras áreas município (74 casos), prontuário em branco (29 casos) e óbito (um caso).

Para caracterização das mulheres, foram analisadas variáveis sociais, como escolaridade, situação conjugal e faixa etária. A análise de considerou os procedimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2010 e voltados a três aspectos: ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, e atenção nas áreas ginecológica e das doenças crônicas.

Para avaliação das ações preventivas e de promoção à saúde, foram coletados dados sobre: consulta médica ou de enfermagem (sim/não); tipo de consulta (agendada/eventual/ ambas), atendimento concomitante em serviço privado e/ou seguro saúde (sim/não) e participação em atividade educativa em grupo (sim/não). Na área ginecológica, investigou-se a realização de exame médico ginecológico (sim/não); exame clínico das mamas (sim/não); mamografia (sim/não); exame direto do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram (sim/não); controle de cura, a partir dos resultados do exame direto do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram, quando indicado (sim/não) e exame de colpocitologia oncótica (sim/não). Quanto às doenças crônicas, pela existência de Programa específico (HiperDia), investigou-se a atenção à hipertensão arterial e à diabetes por meio das variáveis: diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes (sim/não); cadastro no Programa (sim/não) e uso de medicamentos de forma contínua (sim/não). Incluiu-se

também a avaliação da realização dos exames preconizados, tanto para mulheres sem patologia, como para hipertensas e diabéticas: eletrocardiograma, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatinina, glicemia de jejum, hemograma, potássio e urina (sim/não). Para as diabéticas, também se avaliou a realização de hemoglobina glicosilada (sim/não).

Na ausência de indicadores nacionais para avaliação da qualidade do processo de atenção à mulher na faixa etária estudada, tomou-se por base a política pública municipal⁽⁶⁾, construída a partir da Política Nacional de Saúde da Mulher⁽²⁾ e da Política Nacional da Pessoa Idosa e Envelhecimento⁽⁷⁾, para construção de indicadores-síntese:

Proporção de mulheres sem patologia, mas com seguimento de rotina na USF, conforme preconizado: uma consulta médica ou de enfermagem anual, um eletrocardiograma anual e exames laboratoriais.

Proporção de mulheres hipertensas, inscritas no Programa HiperDia, com seguimento, conforme preconizado: pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem por ano, um eletrocardiograma anual e exames laboratoriais.

Proporção de mulheres diabéticas, inscritas no Programa HiperDia, com seguimento, conforme preconizado: pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem por ano, um eletrocardiograma anual e exames laboratoriais.

Proporção de mulheres que realizaram exame clínico das mamas, exame ginecológico e mamografia nos 12 meses anteriores à coleta de dados.

Os dados foram obtidos por consulta aos prontuários das mulheres, pela pesquisadora principal, utilizando instrumento criado, especificamente, para este estudo. Após a coleta, realizou-se conferência, codificação e digitação dos dados no software Excel, com posterior análise no programa Epi Info 6.0. A consistência do arquivo foi checada pela comparação da distribuição de frequências em questões associadas, com correção dos erros identificados.

O Projeto dessa investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Of. 320/2010), atendendo a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos.

■ RESULTADOS

Breve caracterização das mulheres indica variação etária de 50 a 98 anos, sendo que a maioria tinha mais de 64 anos (61.7%), ensino fundamental incompleto (52.0%) e eram casadas ou tinham união estável (56.4%).

A grande maioria das mulheres passou por consulta médica e/ou de enfermagem no serviço público de saúde, no ano anterior à coleta de dados (81.9%), sendo que, entre elas, 13.7% tiveram apenas atendimento eventual; um quarto das mulheres foram atendidas em serviços privados e/ou seguro

saúde, concomitantemente ao acompanhamento na unidade de saúde da família; participaram de atividade educativa em grupo 11.2% do total de mulheres estudadas (Tabela 1).

Na área ginecológica, 16.5% realizaram consulta médica ginecológica; 20.7% passaram por exame clínico das mamas; 16.8% fizeram mamografia; 35.1% das mulheres com idade até 64 anos realizaram exame de colpocitologia oncótica; 13.4% fizeram exame direto do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram e, entre aquelas com resultado deste exame alterado, quase metade (47.8%) fez controle de cura após o tratamento (Tabela 1). Em 284 prontuários analisados (39.7%), independentemente da data de coleta, não havia resultado de exame de colpocitologia oncótica, sinalizando que este nunca havia sido realizado na unidade do estudo e, considerando-se o último exame realizado, havia três resultados de células escamosas atípicas de significado indeterminado, um caso de lesão de alto grau e um caso de adenocarcinoma *in situ*, sendo que quatro destes cinco casos ocorreram em mulheres na faixa etária acima de 64 anos (dados não apresentados em tabela).

Com relação às doenças crônicas, a maior parte das mulheres tinha diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes (70.1%), com predomínio dos casos de hipertensão (53.7%), quando comparado à diabetes (24.2%). Do total de hipertensas e diabéticas, apenas um quinto (104 mulheres ou 20.7%) estava cadastrado no Programa HiperDia, iniciativa governamental para acompanhamento dessas duas doenças crônicas (Tabela 1).

Os exames realizados pelas mulheres sem patologia e pelas portadoras de hipertensão e diabetes estão na Tabela 2.

Considerando que o protocolo de atenção à mulher de Botucatu indica a realização de um eletrocardiograma anual de rotina, a cobertura foi variada: 3.3% entre aquelas que não tinham patologia, 12.0% para as hipertensas e 15.6% para as diabéticas. Entre as hipertensas, a cobertura do exame de dosagem de colesterol total e frações foi de 50.5%, sendo o exame mais frequentemente realizado. Entre as diabéticas, 55.5% fizeram exames para dosagem da glicemia de jejum e colesterol total e frações. Para as mulheres sem patologia, os exames mais frequentemente realizados foram colesterol total e frações, triglicérides, hemograma e glicemia de jejum, realizados, cada um deles, por 8.9% das mulheres. Menos de 1.0% das mulheres fizeram o conjunto de exames preconizados (Tabela 2).

Os indicadores síntese criados são apresentados na Tabela 3.

Nenhuma mulher sem patologia teve o cuidado de rotina preconizado; o seguimento do protocolo, previsto no Programa HiperDia para hipertensas e diabéticas, foi inferior a 1.0% e 11.9% das mulheres tiveram a rotina de atenção ginecológica indicada (Tabela 3).

Tabela 1 – Variáveis relacionadas ao processo de cuidado das mulheres na faixa etária superior a 50 anos. Botucatu, 2013

Variáveis	N	%
Consulta médica e/ou de enfermagem (n=715)	586	81.9
Tipo de consulta (n=557)		
Agendada	189	33.9
Eventual	76	13.7
Agendada e eventual	292	52.4
Participação em grupo educativo (n=715)	80	11.2
Atendimento por visita domiciliar (n=715)	70	9.8
Atendimento em serviço privado/seguro saúde (n=715)	184	25.7
Exame médico ginecológico (n=715)	118	16.5
Realização de exame clínico de mamas (n=715)	148	20.7
Realização de mamografia (n=715)	120	16.8
Realização de exame colpocitológico, até 64 anos (n=441)	155	35.1
Realização do exame direto do conteúdo vaginal (n=715)	96	13.4
Controle de cura para exame direto alterado (n=46)	22	47.8
Diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes (n=715)	501	70.1
Diagnóstico de hipertensão (n=715)	384	53.7
Diagnóstico de diabetes (n=715)	173	24.2
Cadastro no HiperDia (n=501)	104	20.7
Uso de medicamentos de forma contínua (n=715)	488	68.3

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Tabela 2 – Exames preconizados e realizados por mulheres sem patologia, hipertensas e diabéticas, no ano anterior à coleta de dados. Botucatu, 2013

Exames	Sem Patologia n=90		Hipertensas n=384		Diabéticas n=173	
	N	%	N	%	N	%
Eletrocardiograma	3	3.3	46	12.0	27	15.6
Colesterol	8	8.9	194	50.5	96	55.5
Triglicérides	8	8.9	174	45.3	88	50.9
Ureia	5	5.6	172	44.8	82	47.4
Creatinina	5	5.6	182	47.4	91	52.6
Glicemia de jejum	8	8.9	192	50.0	96	55.5
Hemoglobina glicosilada	-	-	-	-	55	31.8
Hemograma	8	8.9	114	29.7	50	28.9
Potássio	1	1.1	28	7.3	11	6.4
Urina	5	5.6	152	39.6	80	46.2
Todos os exames	0	0.0	3	0.8	1	0.6

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

■ DISCUSSÃO

Este estudo, além de avaliar a qualidade da atenção à mulher com mais de 50 anos em unidade de saúde da fa-

mília, levou à criação de indicadores que poderão ser utilizados em outras localidades e em âmbito nacional, o que permitirá avaliar se o quadro observado é um problema local ou se, como se suspeita, os problemas detectados têm

Tabela 3 – Indicadores síntese para avaliação da qualidade da atenção às mulheres com mais de 50 anos. Botucatu, 2013

Indicadores Síntese	N	%
Exame clínico das mamas, exame ginecológico e mamografia	85	11.9
Hipertensas inscritas no HiperDia e seguimento preconizado	3	0.8
Diabéticas inscritas no HiperDia e seguimento preconizado	1	0.6
Ausência de patologia e seguimento de rotina na Unidade	0	0.0

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

caráter abrangente. Ressalta-se que indicadores de qualidade da atenção primária à saúde da mulher na faixa etária estudada não estão disponíveis nos programas, políticas e sistemas de informação brasileiros, apesar das atuais tentativas inclusivas⁽²⁾.

Um aspecto metodológico importante a ser considerado na interpretação dos resultados é o fato de os dados terem sido obtidos dos prontuários, visto que deficiências de registro podem, eventualmente, ter levado a alguma subestimação das ações realizadas. Porém, inúmeros estudos avaliativos brasileiros têm os prontuários como fonte de dados⁽⁸⁻⁹⁾.

A análise do processo de atenção, principal foco deste estudo, evidenciou vários aspectos da vulnerabilidade programática. No processo de trabalho das equipes de atenção básica, em especial as que adotam a Estratégia Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade e as atividades em grupo são alguns dos recursos indispensáveis ao cuidado. No entanto, a participação das mulheres nesses tipos de ações/atividades foi bastante limitada. Somente 11.2% das mulheres disseram participar de grupos educativos, o que poderia ter contribuído para a ampliação do vínculo, complementando a consulta individual, permitindo a troca de informações e o oferecimento de orientação e de educação em saúde. Assim, faz-se necessária maior reflexão de gestores e da equipe da USF sobre essa estratégia, para que seja possível utilizá-la de forma mais reflexiva e efetiva.

Constatou-se que a maioria havia passado por consultas eventuais (66.1%), algumas exclusivamente por esse tipo de atendimento. Assim, evidencia-se descuido com atividades de promoção à saúde, visto que a consulta eventual caracteriza-se pela existência de queixa, que justifica o atendimento e a instituição de conduta pelo profissional médico para solucionar ou minimizá-la, até que o atendimento programático seja realizado, esse sim voltado a ações preventivas e de promoção à saúde. Apesar de um quarto das mulheres serem também acompanhadas em serviço não público, as características desses serviços no município permitem supor que, neles, a oferta de ações de promoção à saúde seja ainda mais reduzida.

A visita domiciliar, excetuando-se aquelas realizadas pelo agente comunitário de saúde, foi evento raro, realizado para menos de 10.0% das mulheres. Visitas domiciliares devem ser planejadas pela equipe, de maneira a contemplar as necessidades específicas do usuário. É atividade realizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou para o planejamento de ações, visando à promoção de saúde da coletividade^(7,10). Mais uma vez, esse tipo de ação não se mostrou prioritária, no que se refere às famílias com mulheres acima de 50 anos.

Hipertensão e diabetes foram patologias frequentemente identificadas. Porém, apenas duas em cada 10 mulheres hipertensas e/ou diabéticas estavam inscritas no HiperDia. Doenças crônicas, como as citadas, têm aumento progressivo no Brasil, a partir dos 40 anos, resultando frequentemente em complicações e aposentadorias precoces⁽¹¹⁾. Em contraponto à ausência de acompanhamento regular, estava a grande frequência de uso de medicações de forma contínua (68.3%). No Brasil, sabe-se que pelo menos 35% dos medicamentos são usados por automedicação, que estes respondem por 27% das intoxicações, que 16% dos casos de morte por *intoxicação* são *causados por remédios e, além disso, 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente*⁽¹²⁾.

Desta forma, embora o desenho deste estudo não permita avaliar se os medicamentos foram prescritos e dispensados de forma correta, o uso não parece abusivo, visto que 70.1% das mulheres tinham diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes, patologias que frequentemente requerem esse tipo de tratamento. Contudo, considerando-se a baixa cobertura das consultas programáticas, pode-se supor que muitos medicamentos são utilizados sem acompanhamento regular.

Na área ginecológica, tampouco, a situação foi próxima do preconizado, apesar de serem esperados melhores indicadores nesta área, dada sua tradicional priorização pelas unidades de atenção primária à saúde em relação ao cuidado de mulheres. A cobertura de colpocitologia oncótica no ano anterior à coleta de dados, mesmo na faixa etária prioritária (até 64 anos), foi baixa e quase 40% das mulheres

não tinham nenhum registro de exame colpocitológico no prontuário, sugerindo a possibilidade de que, ao menos na unidade básica de referência, onde o estudo foi realizado, a citologia não foi colhida, situação especialmente relevante por tratar-se de exame simples, barato, não invasivo e com elevada acurácia. Assim, ações da USF são necessárias para mudar esse quadro.

Além do problema da cobertura, na análise do resultado do último exame realizado encontraram-se dois alterados e três com possibilidade de alteração. Embora os dois casos alterados tenham sido encaminhados para tratamento, nem todos os casos suspeitos foram encaminhados para exames complementares. Além disso, não havia qualquer referência, no prontuário, ao tratamento e seguimento dos casos, a despeito das mulheres continuarem sendo atendidas na USF devido a outros problemas de saúde. Outro aspecto merece destaque: quatro das cinco mulheres com resultado citológico alterado ou suspeito estavam acima da faixa etária prioritária e poderiam não ter realizado o exame, situação que evidencia outro aspecto de vulnerabilidade programática.

Pelo exposto, os dados relativos à prevenção do câncer ginecológico indicam falhas relativas à integralidade do cuidado prestado. Estudo qualitativo sobre câncer de colo do útero, realizado no sul do Brasil, apontou que produzir cuidados de saúde para a mulher de forma integral implica considerar uma lógica de ação direcionada a apreender suas necessidades individuais e coletivas em seu contexto social⁽¹³⁾, o que pode ser favorecido em unidades de saúde da família como a estudada. Nesse sentido, ações voltadas à extensão de cobertura e seguimento devem ser implementadas, incluindo a busca ativa de mulheres que nunca realizaram exame colpocitológico e das faltosas nos atendimentos agendados, bem como a implementação de estratégias que garantam a referência e contrarreferência quando necessário.

Considerando-se que uma das principais queixas em ambulatório de ginecologia é o corrimento vaginal, a Unidade implantou, no início de 2010, a coleta do exame do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram, rotineiramente. Porém, a cobertura deste exame foi muito baixa (13.4%) e o controle de cura, que deveria ser realizado 40 dias após o término do tratamento, ocorreu em menos da metade dos casos necessários.

Os resultados síntese da avaliação do processo da atenção, em todos os aspectos analisados, foram alarmantes e apresentaram total discrepância com a política municipal de saúde da mulher⁽⁶⁾. Conhecer-los é o primeiro passo necessário para que as equipes de saúde, em geral, e de enfermagem, em específico, possam rever seu

planejamento, de modo a implementar ações voltadas ao aprimoramento da atenção à saúde da mulher acima dos 50 anos de forma integral.

Na área ginecológica, apenas uma em cada 10 mulheres teve as mamas examinadas, realizou exame médico ginecológico e fez mamografia no ano que antecedeu à coleta de dados. Esta situação negativa relativa ao câncer de mama se mantém, mesmo sendo este o tipo de neoplasia mais temido pelas mulheres, devido a sua alta frequência e pelos efeitos emocionais associados, que podem afetar a percepção da sexualidade e da própria imagem. A região sudeste do Brasil é a de maior incidência e a primeira em mortalidade por câncer em mulheres. É inquestionável que as unidades de saúde devem realizar ações com vistas a seu diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Segundo critério do Ministério da Saúde brasileiro⁽¹⁴⁾, em mulheres de baixo risco e na faixa etária entre 50 anos e 69 anos, esse exame deve ser realizado, pelo menos, bianualmente; no entanto, segundo a política municipal⁽⁶⁾, sua realização deve ser anual. Assim, o fato de a cobertura da mamografia ter se apresentado baixa evidencia não apenas a vulnerabilidade programática, mas também a pessoal, a que as mulheres estudadas estão expostas.

Os indicadores síntese de processo propostos neste estudo, relacionados à hipertensão e à diabetes, apontam que apesar da análise individual sobre consulta e/ou exames previstos ser razoável, o conjunto das ações preconizadas foi muito pouco realizado, sendo disponibilizado para menos de 1% das mulheres. Espera-se da USF efetiva implementação do Programa HiperDia, inclusive com o desenvolvimento de ações voltadas à adoção de estilo de vida saudável, já que o excesso de peso, a dieta inadequada e o sedentarismo contribuem para o surgimento de complicações relacionadas a tais doenças crônicas⁽¹⁵⁾.

Da política municipal consta também a proposta de atendimento rotineiro anual para adultos saudáveis a partir dos 40 anos⁽⁶⁾. Porém, nenhuma mulher estudada teve, rotineiramente, todas as consultas e exames preconizados realizados. Sabe-se que não se deve tratar o envelhecimento natural como doença, com a realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência. No entanto, é necessário considerar que nem todas as alterações que ocorrem nesta fase da vida são decorrentes do envelhecimento natural, sendo essencial o acompanhamento regular para prevenção, detecção precoce e tratamento de agravos⁽¹⁾.

A partir destas análises, deve-se repensar o processo de trabalho desenvolvido para as mulheres, desde a formação de futuros trabalhadores, até os que estão inseridos

no campo de trabalho. O debate sobre a saúde da mulher com 50 anos ou mais precisa ser introduzido nas ações intersectoriais, nos diferentes equipamentos sociais, institucionalizados ou não. Tal aproximação deve ser desmistificada e vista como realidade próxima, visto o atual perfil epidemiológico brasileiro. Cabe a todos, gestão e trabalhadores que atuam diretamente no cuidado, o comprometimento com o proposto no Plano Nacional de Política para as Mulheres⁽²⁾, buscando-se, sempre, trazer a mulher como participante das mudanças da sua própria realidade.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos prontuários permitiu identificar muitas mulheres atendidas por consultas eventuais e baixa frequência em atividades educativas em grupo. Quando se considerou o conjunto de atividades propostas no processo de atenção, a situação foi especialmente negativa, tanto para mulheres com hipertensão e diabetes, quanto para outras sem qualquer doença ou agravo e mesmo na análise do atendimento ginecológico, sendo muito pequena a frequência das mulheres que realizaram as consultas recomendadas e os exames preconizados, no ano que antecedeu a coleta de dados.

Encontrou-se, nos diferentes aspectos estudados, situação que evidencia a vulnerabilidade programática a que estão expostas as mulheres na faixa etária acima dos 50 anos. Cabe, então, a todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a atenção básica, atentarem à necessidade de educação permanente, para que se promova cuidado inclusivo, humanizado e com resolubilidade. Em síntese, para superação da vulnerabilidade encontrada, será necessário o envolvimento, tanto dos gestores quanto da equipe de saúde.

■ REFERÊNCIAS

- Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [acesso em: 10 abr 2012];11(2):424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- Presidência da República (BR). Plano Nacional de Política para as Mulheres [Internet]. Brasília (DF): Secretaria Especial de Política para Mulheres; 2013 [acesso em: 14 dez 2013]. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009;18 Supl 2:11-22.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc*. 1988;260(12):1743-8.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Internet]. São Paulo: SEADE; 2013 [acesso em: 10 jan 2013]. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php.
- Botucatu (SP). Protocolo de Enfermagem. Botucatu: Secretaria Municipal de Saúde; 2007.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em: 10 dez 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf
- Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em: 17 jan 2013];19(1):26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/05.pdf>
- Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em: 17 jan 2013];20(4):659-67. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400005&lng=en&nrm=iso&lng=en
- Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em: 11 abr 2012];25(5):1103-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=pt&nrm=iso
- Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Comunicado da Presidência. Qualidade de vida: seus determinantes e sua influência sobre a seguridade social [Internet]. 2009 [acesso em: 10 abr 2012]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/091014_comunicadoipea33.pdf
- Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(Supl):733-6.
- Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):502-8.
- Instituto Nacional do Câncer (BR). Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional do Câncer; 2010 [acesso em: 10 dez 2013]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

■ Endereço do autor:

Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Campus Universitário de Rubião Jr, s/n, Rubião Jr
18618-970 Botucatu - SP
E-mail: cparada@fmb.unesp.br

Recebido: 27.01.2014

Aprovado: 17.04.2015